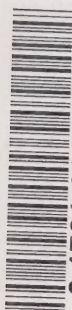


CA1  
XC28  
-2003  
F35



3 1761 11971701 5



HOUSE OF COMMONS  
CANADA

# FIRST NATIONS AND INUIT DENTAL HEALTH

## REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH

Bonnie Brown, M.P.  
Chair

June 2003



---

The Speaker of the House hereby grants permission to reproduce this document, in whole or in part for use in schools and for other purposes such as private study, research, criticism, review or newspaper summary. Any commercial or other use or reproduction of this publication requires the express prior written authorization of the Speaker of the House of Commons.

If this document contains excerpts or the full text of briefs presented to the Committee, permission to reproduce these briefs, in whole or in part, must be obtained from their authors.

Also available on the Parliamentary Internet Parlementaire: <http://www.parl.gc.ca>

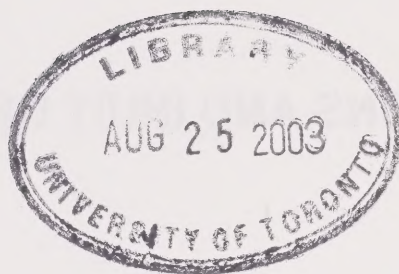
Available from Communication Canada — Publishing, Ottawa, Canada K1A 0S9

# **FIRST NATIONS AND INUIT DENTAL HEALTH**

## **REPORT OF THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH**

**Bonnie Brown, M.P.  
Chair**

**June 2003**



# **STANDING COMMITTEE ON HEALTH**

## **CHAIR**

Bonnie Brown

## **VICE-CHAIRS**

Stan Dromisky

Réal Ménard

## **MEMBERS**

Carolyn Bennett

Rob Merrifield

Diane Bourgeois

Svend Robinson

Jeannot Castonguay

Hélène Scherrer

Brenda Chamberlain

Carol Skelton

Raymonde Folco

Yolande Thibeault

Hon. Hedy Fry

Greg Thompson

Betty Hinton


## **CLERK OF THE COMMITTEE**

José Cadorette

## **FROM THE RESEARCH BRANCH OF THE LIBRARY OF PARLIAMENT**

Nancy Miller Chenier  
Sonya Norris





Digitized by the Internet Archive  
in 2023 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761119717015>

# **THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH**

has the honour to present its

## **FIFTH REPORT**

In accordance with its mandate under Standing Order 108(2), your committee has conducted a study on First Nations and Inuit dental health and reports its findings and recommendations.





## CHAIR'S FOREWORD

---

The Standing Committee on Health is concerned about the dental health of First Nations and Inuit people in Canada. While the dental health of average Canadians has improved greatly in the last 30 years, this is unfortunately not the case for the Aboriginal population of this country. Indeed, socio-economic conditions and the remote locations of First Nations and Inuit communities often make it difficult to ensure that these populations receive timely dental care and effective preventive measures. In addition, clients were clearly apprehensive about the potential uses of a comprehensive client consent form proposed by Health Canada for implementation in September 2003.

The Committee wants to ensure that these Canadians receive the same quality of care as that available to the general population. To accomplish this, the emphasis must be on increased and appropriate funding for preventive measures to curtail the negative effects of poor dental health in these communities. The Committee also concurs with witnesses who suggested that the amount available for dental benefits without pre-approval needs to be increased. In addition, it calls for better coordination on the part of Health Canada and dental care practitioners as well as wider education by and of community members to improve the general dental health of First Nations and Inuit. Furthermore, the Committee feels that the traditional single-procedure client consent forms for dental care must remain an option until the Department of Health has gained the confidence of the clients for the use of the comprehensive consent form.

On behalf of the members of the Committee, I would like to thank the witnesses for their time and expertise. The Committee members are grateful for the professional guidance provided by the researchers from the Library of Parliament, Nancy Miller Chenier and Sonya Norris, and the clerk of the Committee, José Cadorette. In addition, we thank the editors, interpreters, console operators and others for their hard work and team effort to make this report possible.

I would also like to thank the individual members of the Committee who participated in this study for their time and concern for this issue.



## TABLE OF CONTENTS

---

CHAIR'S FOREWORD .....	vii
THE COMMITTEE FOCUS .....	1
THE NON-INSURED HEALTH BENEFITS DENTAL PROGRAM .....	1
A. Overview of the Dental Program .....	1
B. Previous Concerns about the Dental Program .....	2
C. Current Dental Plan Conditions .....	3
D. Current Providers and Care .....	3
ISSUES .....	4
A. Promotion and Prevention .....	4
B. Dental Care .....	6
C. Client Consent .....	8
LIST OF RECOMMENDATIONS .....	11
REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE .....	15
MINUTES OF PROCEEDINGS .....	17



# **FIRST NATIONS AND INUIT DENTAL HEALTH**

---

## **THE COMMITTEE FOCUS**

When the Standing Committee on Health became aware of concerns about dental care provided through Health Canada's Non-Insured Health Benefits (NIHB) program, it decided to undertake a short study. Initially, this undertaking was to examine access by First Nations and Inuit individuals to preventive and restorative services. However, during the proceedings, the Committee also heard related problems surrounding client consent.

To gain clearer knowledge about the multiple issues, the Committee arranged one meeting with Health Canada and various organizations representing the involved interests. The meeting included witnesses from the Assembly of First Nations (AFN), Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), Canadian Dental Association (CDA), and Canadian Dental Hygienists Association (CDHA).

## **THE NON-INSURED HEALTH BENEFITS DENTAL PROGRAM**

### **A. Overview of the Dental Program**

Health Canada told the Committee that, through the Non-Insured Health Benefits (NIHB) program, it provides specified dental services to approximately 720,000 registered First Nations, Inuit and Innu individuals. In general, coverage for dental services is based on individual need and includes:

- Diagnostic (examinations, x-rays)
- Preventive (cleanings)
- Restorative (fillings)
- Endodontic (root canal treatments)
- Periodontic (treatment of gums)
- Prosthodontics (removable dentures and fixed bridges)
- Oral surgery (removing teeth)
- Orthodontics (straightening teeth)
- Adjunctive services (additional like sedation).

"Given the diverse group of providers and services covered, the program recognizes that opportunities exist to improve the program."

– Peter Cooney,  
Health Canada



In 2002/2003, the NIHB dental program funded an estimated 365,000 First Nations and Inuit clients at a cost of approximately \$130 million. This represented an expenditure increase of 5% from the previous year. Dental expenditures accounted for about one-fifth of the total costs of the NIHB.

## **B. Previous Concerns about the Dental Program**

Without providing details, Health Canada referred several times to public calls for audits and increased accountability for the public funds dispensed through this program. The Committee understood that these references pointed to various concerns highlighted in reports of the Auditor General of Canada. In 1993, 1997 and 2000, the Auditor General made recommendations for improved program management and delivery in the Non-Insured Health Benefits program.

Specifically, on the dental program, the reports included the following observations:

- 1993 — The claims processing systems and departmental procedures are inadequate for monitoring and controlling some benefit claim payments.<sup>1</sup>
- 1997 — Dental care providers provide services up to the established frequencies and limits rather than based on needs, resulting in over-servicing of some clients. Audits of providers and a system of predetermining dental benefits has the potential to achieve savings while implementing a needs-based approach to ensure receipt of required dental care.<sup>2</sup>
- 2000 — Concerns about over-servicing by dental care providers led to a predetermination process whereby prior approval and a treatment plan for performing dental services above a prescribed dollar threshold was required. This move to predetermination was implemented nationally in late 1997 as a needs-based approach to providing dental care. Predetermination, combined with changes to the benefit schedule, reduced dental costs and program costs.<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Auditor General of Canada, *Chapter 19 — Department of National Health and Welfare, Non-Insured Health Benefits*, Ottawa: 1993, paragraphs 19.29 to 19.33.

<sup>2</sup> Auditor General of Canada, *Chapter 13 — Health Canada — First Nations Health*, Ottawa: 1997, paragraphs 13.124 to 13.140.

<sup>3</sup> Auditor General of Canada, *Chapter 15 — Health Canada — First Nations Health: Follow-up*, Ottawa: 2000, paragraphs 15.90 and 15.91.

### **C. Current Dental Plan Conditions**

Health Canada indicated that it now assesses individual client needs through a predetermination process under which the dental practitioner completes a treatment plan for the recipient and submits it to the program for funding approval. The department maintains that the needs-based approach to the provision of dental benefits ensures that the client receives required services. A dental benefit grid that sets out frequency limitations for various services is also a component of the dental benefit plan.

Under the NIHB dental plan, the First Nations or Inuit client does not pay the provider directly and then seek reimbursement from the NIHB program. Instead, the provider is responsible for billing the plan in order to receive payment. Health Canada reported that the plan is moving toward electronic transfer of claims statements directly from the dental office to the claims processor. Alberta is expected to be online in the spring of 2003 and it will be followed soon after by national access for providers in all provinces and territories.

Currently, each registered client is entitled to receive dental work up to a pre-established amount of \$800 every 12 months without any prior approval. This pre-determination level was increased from \$600 as recently as October 2002. Health Canada indicated that the average patient receives about \$420 worth of care annually.

For payment on other work beyond the pre-established amount of \$800, the dentist is required to provide particular documentation. While specific emergency procedures above this amount do not require predetermination, plan administrators expect predetermination for certain procedures such as root canals, crowns and dentures. However, post approvals are considered for certain basic and emergency services when the intervention is deemed necessary. Thus, post-approval of services that are appropriate and required can take place and be reimbursed through the NIHB plan.

"[trans] The predetermination level should be raised to \$1,000, as with most standard programs on the market."

– Dr. Louis Dubé,  
CDA

### **D. Current Providers and Care**

Information from Health Canada pointed out that dentists in private practice are the primary providers of dental care under the NIHB dental program. Fee-for-service dental costs represented 84.9% of all NIHB dental costs in 2001/2002. Health Canada also utilized contract dentists who accounted for 4.2% of total costs.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Health Canada, *Non-insured Health Benefits Program 2001/2002 Annual Report*, Ottawa: 2003.

Health Canada noted that dental hygienists provide care to clients within dental practices but not independently. The department also employs First Nations and Inuit dental therapists who are trained over two years at the National School of Dental Therapy in Prince Albert, Saskatchewan. After training, these dental therapists generally return to live and work in their communities.

Expenditure data for 2001/2002 reveals that recall examinations were performed most often and porcelain/ceramic fused metal crowns were the most costly dental procedure. Utilization data indicates that 36% of eligible clients received at least one dental procedure. Of these, 55% were female and 45% male. The average age of the dental claimants was 27 years.

## ISSUES

### A. Promotion and Prevention

The Committee heard that, although dental and oral diseases are largely preventable, First Nations and Inuit people have dental decay rates from two to five times greater than the non-Aboriginal population in Canada. This is a particular concern for young people with indications that the average 12-year old First Nations or Inuit child may have between seven to nine teeth missing, filled or decayed compared to one in other Canadian children the same age. Much of this problem starts with early childhood tooth decay, experienced by an estimated 72% of First Nations and Inuit children aged two to five years. An additional worry is the link of gum diseases with cardiovascular diseases and with adverse pregnancy outcomes such as low birth weight babies and pre-term deliveries.

"Aboriginal children aged 6 to 12 have two to five times the dental decay rates of non-aboriginal children."

– Wendell Nicholas,  
AFN

Witnesses emphasized the importance of good oral health to self-esteem as well as for the routine functions of daily living such as eating, communications and socializing. They noted that poor dental health among First Nations and Inuit children leads to significantly increased costs for medical travel and treatment involving surgery under general anaesthetic. If left untreated, oral disease can lead to infection, pain, inability to concentrate in school, trouble sleeping, difficulties with digestion, behavioural and social problems.

The Committee learned about numerous factors that may lead to poor oral health and dental decay. Witnesses pointed out the link to dietary changes and called for support for traditional dietary practices and for improved food access in remote areas. They noted the lack of access to clean potable water with fluoridation in many communities and mentioned the link between smoking and periodontal disease. Finally,



witnesses indicated that there are numerous impediments to accessing oral health prevention and treatment services ranging from a lack of providers to culturally based client concerns.

The Committee is cognizant of Health Canada's ongoing efforts to improve the dental health of First Nations and Inuit clients. It supports the effort to develop and implement a comprehensive and coordinated oral health initiative. However, it feels that the current approach focusing on pathologies and treatments must be transformed more quickly to one focusing on wellness and prevention.

The Committee took particular note of the numerous references to the need to achieve and maintain oral health. It agreed that there must be a clear definition of the desired oral health standard with specific objectives and targets. It supports oral health programs that will produce measurable and positive results. In particular, it wants an increase in the number of First Nations and Inuit clients accessing preventive care and a decrease in the amount of tooth decay among children. To accomplish such outcomes, it calls on Health Canada to establish an effective and accountable oral health strategy in collaboration with First Nations and Inuit clients.

## **RECOMMENDATION 1: EFFECTIVE AND ACCOUNTABLE ORAL HEALTH STRATEGY**

**The Committee recommends that Health Canada:**

- (a) Undertake a new approach to oral health based on a wellness model that gives priority to promotion and prevention strategies;**
- (b) Develop and implement an oral health strategy with measurable goals that will investigate alternative delivery systems aimed at improving oral health and access to services;**
- (c) Initiate results-based incentives for all participants, clients and providers, to increase access to and positive outcomes from prevention measures; and,**
- (d) Increase the ability to monitor oral health trends to ascertain if the resource allocations are effective and the program is accountable.**

## **RECOMMENDATION 2: COLLABORATION WITH FIRST NATIONS AND INUIT CLIENTS**

**The Committee recommends that Health Canada work with First Nations and Inuit clients to:**

- (a) Improve public education and awareness of oral health as a key element of overall well-being;**
- (b) Build oral health links into existing programs with a health education and promotion focus such as the First Nations Headstart On-reserve and the Canada Prenatal Nutrition Program;**
- (c) Assist communities in monitoring and reporting on oral health initiatives;**
- (d) Initiate community-directed and results-based incentives for preventive oral health, including such elements as community recognition campaigns and dental hygiene or dentistry scholarships;**
- (e) Communicate the availability of necessary preventive (and restorative) measures for every child and adult; and,**
- (f) Develop more creative and culturally appropriate models for delivering preventive (and restorative) care.**

### **B. Dental Care**

The Committee was told that only about 36 to 38% of NIHB clients see a dentist once a year compared to 75% for other Canadians. They also pointed to data indicating that women and young adults were more likely to seek care. Of the almost half of respondents who needed dental care, most needed restoration such as fillings and crowns, maintenance such as check-ups and cleaning, prosthetic work such as dentures.

"Oral health is essential for the routine functions of daily living such as eating, communications and socializing, but is also necessary to self-esteem."

— Larry Gordon,  
ITK

Witnesses suggested several reasons for limited client access to dental care. For example, they noted that many clients live in geographically remote areas where there is no dentist in residence. Many northern towns have trouble attracting and retaining new dentists on a permanent basis. In addition, clients may not have access to the preventive and treatment services offered by dental hygienists. The NIHB program does not allow dental hygienists to be on the list of



providers with a billing number even in provinces where dental hygienists can practise independently from dentists. Others indicated that the current medical transportation policy might, in some regions, lead to a reduction in client access to dental treatment.

From the provider perspective, witnesses indicated that existing dentists are opting out of the NIHB program due to heavy administrative requirements for predeterminations and for minor revisions to treatment plans. They noted the lengthy waits for approval when X-rays are sent to Ottawa by mail. They called for the ability to send pre-approvals or other information electronically. Dentists pointed particularly to additional requirements and differences from standard plans that required specially trained staff to deal with the extra paperwork. They worried about assuming a financial risk if Health Canada denies payment after the procedure has been done.

The Committee acknowledges that Health Canada recently increased to \$800 the client entitlement for dental work every 12 months without any prior approval. It feels however that this pre-established amount could limit the ability to undertake appropriate and necessary preventive and restorative work. It also noted that providers and clients appeared unaware of the fact that dentists are covered for the performance of work done without prior approval if it is deemed essential. In addition, it is supportive of the preventive efforts of dental hygienists and would like to see an expanded role for them under the NIHB dental program.

The Committee is particularly anxious to remove impediments that currently limit the movement to improved oral health and to appropriate access to dental care. While it supports the efforts to train dental therapists for First Nations and Inuit communities, it also wants to ensure that First Nations and Inuit individuals can enter established fields of dentistry. In addition, it seeks reassurance that Health Canada will address the administrative problems and concerns about medical transportation.

“Northern towns have trouble attracting new dentists and existing dentists are opting out of the NIHB program due to lengthy administrative requirements and red tape.”

– Susan Ziebarth,  
CDHA

### **RECOMMENDATION 3: IMPROVED ACCESS TO COMPREHENSIVE DENTAL CARE**

**The Committee recommends that Health Canada:**

- (a) Outside of the pre-established amount for services provided without prior approval, establish and promote a regular prevention plan for every First Nation and Inuit client under 25 years of age to allow on a routine annual basis a prescribed number of preventive interventions such as dental cleanings and sealants, fluoridation; instruction and education sessions, etc.;**

- (b) Increase the pre-established amount for services provided without prior approval to \$1,000 while continuing to monitor for appropriateness of services provided;
- (c) Permit and facilitate a more independent role for dental hygienists; for example, allow them to bill directly up to a predetermined amount of \$200 per client annually; and,
- (d) Adhere to the same standards and frequency limitations as those established with dental insurance plans for other Canadians and inform clients that the approach and limitations are applicable to other populations.

#### **RECOMMENDATION 4: IMPROVED ACCESS TO DENTAL CARE PROVIDERS**

The Committee recommends that Health Canada:

- (a) Work closely with relevant universities and colleges on appropriate measures, including directed scholarships, aimed at increasing the number of First Nations and Inuit dentists and dental hygienists;
- (b) Ensure that the medical transportation policy facilitates and enables access to dental treatment; and,
- (c) Reduce the administrative burden for providers while ensuring accountability.

#### **C. Client Consent**

When the Committee became aware of concerns about the NIHB dental health program, it did not know about the problems associated with the consent forms that must be completed by First Nations and Inuit clients. After hearing the frequency and intensity of witness testimony on this matter, it was convinced that the requirement for consent as a condition of dental benefit coverage must be addressed as part of this oral health study.

"We have always worked, in the past, with implicit consent from our clients, but based on advice from the Department of Justice, we began working on a plan to begin to collect the [written] consent from our clients."

– Leslie MacLean,  
Health Canada

The Committee learned that the NIHB program has now developed a single consent form to cover all the non-insured health benefits, namely: drugs, medical transportation, dental, medical supplies and equipment, vision, crisis intervention counselling and provincial health care premiums. Health Canada explained that this 'blanket consent' is intended to reduce the paper burden and the bureaucracy while reducing misuse of the program. Health Canada emphasized that the consent initiative respects the privacy rights of the clients and indicated that benefits will not be denied to clients should they refuse to sign the new consent form. The Committee was told that clients still retain the right to apply for reimbursement on a per-use basis by submitting a 'NIHB Client Reimbursement Request Form'.

However, other witnesses suggested that a 'blanket consent' covering all benefit areas is inappropriate and culturally insensitive. Witnesses testified that the consent is too broad and leaves the impression with clients that other departments, organizations or individuals will have unrestricted use of their personal information. In particular, they noted a previous breach of trust by the First Nations and Inuit Health Branch that resulted in the violation of access and privacy surrounding the collection, use and disclosure of personal health information of First Nations and Inuit peoples. The Committee heard from some providers that the consent might also conflict with existing provincial privacy laws.

The Committee appreciates Health Canada's attempts to improve the NIHB program while balancing fair and complete benefits to First Nations and Inuit peoples with accountability to the Canadian public. It understands the need to make the administration and delivery of the program more efficient and accountable. It acknowledges that the new single NIHB client consent approach appears to be more efficient.

However, the Committee is sympathetic to the arguments forwarded by First Nations and Inuit clients as well as the providers. It agrees that the new consent was not introduced in the most effective or accommodating manner. Witnesses suggested that, if the new consent is introduced over a period of just one year, many clients who do not access the NIHB program in that period may be overlooked. In order to better accommodate the cultural diversity, witnesses felt that the consent should have been introduced more gradually but more actively and directly in specific communities. Some suggested that the introduction of the consent initiative should include the direct involvement of program employees, with appropriate translators, to explain the new consent and provide an opportunity for questions. This explanation must include a clarification of who would have access to client information and who would not.

"The disrespectful and thoughtless way that this consent initiative has been handled has turned an empowering process, which is informed consent, into a shameful and frightening experience for First Nations."

– Dr. Mary Jane McCallum,  
AFN



## RECOMMENDATION 5: CLIENT CONSENT

The Committee recommends that Health Canada:

- (a) Introduce another option of a one-time client consent for each of the separate benefits categories;
- (b) Restrict and clarify the permission for use of information acquired with consent; specify who will have access to client information and clearly state that no one else will;
- (c) Adhere to the same standards as dental insurance consent forms for other Canadians and ensure that clients are aware that the approach is applied to other populations;
- (d) Extend the deadline for introducing the new consent beyond 1 September 2003;
- (e) Indicate clearly to clients and providers that access to program benefits is still available even if the blanket consent form is not signed;
- (f) Invest in appropriate promotion of the consent initiative through improved communication with First Nations and Inuit people on a community-by-community basis about the rationale for and uses of any client consent form; and,
- (g) Ensure that the client consent form is available in all necessary languages and dialects.

## **LIST OF RECOMMENDATIONS**

---

### **RECOMMENDATION 1: EFFECTIVE AND ACCOUNTABLE ORAL HEALTH STRATEGY**

The Committee recommends that Health Canada:

- (a) Undertake a new approach to oral health based on a wellness model that gives priority to promotion and prevention strategies;
- (b) Develop and implement an oral health strategy with measurable goals that will investigate alternative delivery systems aimed at improving oral health and access to services;
- (c) Initiate results-based incentives for all participants, clients and providers, to increase access to and positive outcomes from prevention measures; and,
- (d) Increase the ability to monitor oral health trends to ascertain if the resource allocations are effective and the program is accountable.

### **RECOMMENDATION 2: COLLABORATION WITH FIRST NATIONS AND INUIT CLIENTS**

The Committee recommends that Health Canada work with First Nations and Inuit clients to:

- (a) Improve public education and awareness of oral health as a key element of overall well-being;
- (b) Build oral health links into existing programs with a health education and promotion focus such as the First Nations Headstart On-reserve and the Canada Prenatal Nutrition Program;
- (c) Assist communities in monitoring and reporting on oral health initiatives;
- (d) Initiate community-directed and results-based incentives for preventive oral health, including such elements as community recognition campaigns and dental hygiene or dentistry scholarships;
- (e) Communicate the availability of necessary preventive (and restorative) measures for every child and adult; and,



- (f) Develop more creative and culturally appropriate models for delivering preventive (and restorative) care.

### **RECOMMENDATION 3: IMPROVED ACCESS TO COMPREHENSIVE DENTAL CARE**

The Committee recommends that Health Canada:

- (a) Outside of the pre-established amount for services provided without prior approval, establish and promote a regular prevention plan for every First Nation and Inuit client under 25 years of age to allow on a routine annual basis a prescribed number of preventive interventions such as dental cleanings and sealants, fluoridation; instruction and education sessions, etc.;
- (b) Increase the pre-established amount for services provided without prior approval to \$1,000 while continuing to monitor for appropriateness of services provided;
- (c) Permit and facilitate a more independent role for dental hygienists; for example, allow them to bill directly up to a predetermined amount of \$200 per client annually; and,
- (d) Adhere to the same standards and frequency limitations as those established with dental insurance plans for other Canadians and inform clients that the approach and limitations are applicable to other populations.

### **RECOMMENDATION 4: IMPROVED ACCESS TO DENTAL CARE PROVIDERS**

The Committee recommends that Health Canada:

- (a) Work closely with relevant universities and colleges on appropriate measures, including directed scholarships, aimed at increasing the number of First Nations and Inuit dentists and dental hygienists;
- (b) Ensure that the medical transportation policy facilitates and enables access to dental treatment; and,
- (c) Reduce the administrative burden for providers while ensuring accountability.

## RECOMMENDATION 5: CLIENT CONSENT

The Committee recommends that Health Canada:

- (a) Introduce another option of a one-time client consent for each of the separate benefits categories;
- (b) Restrict and clarify the permission for use of information acquired with consent; specify who will have access to client information and clearly state that no one else will;
- (c) Adhere to the same standards as dental insurance consent forms for other Canadians and ensure that clients are aware that the approach is applied to other populations;
- (d) Extend the deadline for introducing the new consent beyond 1 September 2003;
- (e) Indicate clearly to clients and providers that access to program benefits is still available even if the blanket consent form is not signed;
- (f) Invest in appropriate promotion of the consent initiative through improved communication with First Nations and Inuit people on a community-by-community basis about the rationale for and uses of any client consent form; and,
- (g) Ensure that the client consent form is available in all necessary languages and dialects.



## REQUEST FOR GOVERNMENT RESPONSE

Pursuant to Standing Order 109, the Committee requests that the government table a comprehensive response to this report.

A copy of the relevant Minutes of Proceedings (*Meeting Nos. 32, 35, 39 and 42, including this report*) is tabled.

Respectfully submitted,

Bonnie Brown, M.P.  
*Chair*





# MINUTES OF PROCEEDINGS

Wednesday, June 4, 2003  
(Meeting No. 39)

The Standing Committee on Health met *in camera* at 3:48 p.m. this day, in Room 269, West Block, the Chair, Bonnie Brown, presiding.

*Members of the Committee present:* Bonnie Brown, Jeannot Castonguay, Raymonde Folco, Betty Hinton, Hélène Scherrer, Carol Skelton and Yolande Thibeault.

*Acting Members present:* Dominic LeBlanc for Brenda Chamberlain, Alan Tonks for Stan Dromisky and Gérard Binet for the Hon. Hedy Fry.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Nancy Miller Chenier and Sonya Norris, research officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its study on First Nations and Inuit Dental Health.

The Committee resumed consideration of a draft report.

It was agreed, — That, the Committee adopt the English version of the draft report, as amended, and that the French version be redone; and that the Chair designate some members of the Committee to approve the revised French translation.

It was agreed, — That, pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the government table a comprehensive response to this report.

It was agreed, — That the Chair be authorized to make such typographical and editorial changes as may be necessary without changing the substance of the report.

It was agreed, — That the Committee meet with members of a delegation from the United Kingdom on June 10, 2003 at 9:00 a.m.

It was agreed, — That the Committee meet with members of a delegation from Germany on June 12, 2003 at 9:30 a.m.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed its study on issues concerning synthetic insulin.

The Committee resumed consideration of a draft report.

It was agreed, — That, the Committee adopt the draft report, as amended, as the fourth report of the Committee to the House.

It was agreed, — That, pursuant to Standing Order 109, the Committee request that the government table a comprehensive response to this report.

It was agreed, — That the Chair be authorized to make such typographical and editorial changes as may be necessary without changing the substance of the report.

It was agreed, — That, pursuant to Standing Order 108(1)(a), the Committee authorize the printing of brief dissenting and/or supplementary opinions as appendices to this report, immediately after the signature of the Chair, and that the opinions be sent to the Clerk of the Committee in electronic form in both official languages on or before 3:00 p.m. on Monday, June 9, 2003.

It was agreed, — That the Chair, or her designate, be authorized to present the report to the House.

At 4:48 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

Wednesday, June 11, 2003  
(Meeting No. 42)

The Standing Committee on Health met *in camera* at 3:23 p.m. this day, in Room 308, West Block, the Chair, Bonnie Brown, presiding.

*Members of the Committee present:* Bonnie Brown, Jeannot Castonguay, Brenda Chamberlain, Stan Dromisky, Raymonde Folco, Hon. Hedy Fry, Betty Hinton, Réal Ménard, Svend Robinson, Carol Skelton and Yolande Thibeault.

*Acting Member present:* Robert Bertrand for Hélène Scherrer.

*In attendance: From the Library of Parliament:* Nancy Miller Chenier and Sonya Norris, research officers.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of its study on prescription drugs.

It was agreed, — That, pursuant to Standing Order 108(2), the Committee undertake a study on prescription drugs under the following terms of reference:

1. To gather evidence on the health aspects of the following issues relative to prescription drugs (patented and generic) in Canada:
  - (a) Rising costs;
  - (b) Mechanisms for reviewing and controlling prices of all prescription drugs;
  - (c) Mechanisms for approving new drugs and introducing them onto the market, with respect to their therapeutic value, their side effects, their interactions with other drugs, etc., as well as a focus on clinical trials;
  - (d) Monitoring of adverse effects and prescribing practices;
  - (e) Marketing to and lobbying of prescribers and dispensers;
  - (f) Direct-to-consumer advertising;
  - (g) Consumer and health professional access to drugs, including but not limited to access to new drugs for new diseases and old drugs for old diseases (excluding commentary on provincial formularies);
  - (h) Misuse, abuse and addiction within the general population; and,
  - (i) International comparisons.
2. To examine the evidence gathered with respect to these issues;
3. To discuss the implications of the evidence for Canadians;
4. To make recommendations for future actions.

It was agreed, — That the Clerk of the Committee, in consultation with the Chair, issue a news release to announce the Committee's study on prescription drugs and to invite the public to submit briefs and requests to appear in relation to the study.

Pursuant to Standing Order 108(2), the Committee resumed consideration of its study on First Nations and Inuit dental health.

It was agreed, — That, pursuant to Standing Order 108(1)(a), the Committee authorize the printing of brief dissenting and/or supplementary opinions as appendices to this report, immediately after the signature of the Chair, and that the opinions be sent to the Clerk of the Committee in electronic form in both official languages on or before noon, Thursday, June 12, 2003.

It was agreed, — That the Chair, or her designate, be authorized to present the report to the House.

At 3:52 p.m., the Committee adjourned to the call of the Chair.

José Cadorette  
*Clerk of the Committee*







Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude sur la santé dentaire des Premières Nations et Inuits.

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 108(1)a) du Règlement, le Comité autorise l'impression de courtes opinions dissidentes ou supplémentaires en annexe à ce rapport, immédiatement après la signature de la présidente, et que les opinions en question soient envoyées au greffier du Comité sous forme électronique, dans les deux langues officielles, le ou avant le jeudi 12 juin 2003, à midi.

Il est convenu, — Que la présidente, ou son remplaçant, soit autorisé à présenter le rapport à la Chambre.

À 15 h 52, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*Le greffier du Comité*

*José Cadorette*

1. Recueillir de l'information sur l'aspect santé des problèmes suivants liés aux médicaments sur ordonnance (brevetés et génériques) au Canada :

a) la hausse des prix;

b) les mécanismes permettant de surveiller et de contrôler les prix de tous les médicaments sur ordonnance;

c) les mécanismes permettant d'approuver les nouveaux médicaments et de les mettre sur le marché — après avoir défini leur valeur thérapeutique, leurs effets secondaires, leurs interactions avec d'autres médicaments, etc. — ainsi que d'en assurer l'essai clinique;

d) la surveillance des effets indésirables et les pratiques en matière de prescription;

e) le lobbying des prescripteurs et préparateurs et la commercialisation des médicaments sur ordonnance;

f) la publicité s'adressant directement aux consommateurs;

g) l'accès des consommateurs et des professionnels de la santé aux médicaments sur ordonnance, y compris, sans s'y limiter, l'accès aux nouveaux médicaments mis au point pour traiter les nouvelles maladies et aux vieux médicaments pour traiter les maladies connues (sans commenter les formulaires provinciaux);

h) le mésusage, l'abus et l'accoutumance dans la population en général;

i) la comparaison entre la situation dans certains pays étrangers et le Canada.

2. Examiner les témoignages recueillis sur chacun des sujets qui précèdent.

3. Discuter des implications de ces témoignages pour les Canadiens.

4. Recommander des mesures à prendre.

Il est convenu, — Que le greffier émette, en accord avec la présidente, un communiqué annonçant l'étude du Comité portant sur les médicaments sur ordonnance, et invitant le public à présenter des mémoires et à demander de comparaître relativement à l'étude.

Il est convenu, — Que le Comité adopte la version modifiée de l'ébauche de rapport en tant que quatrième rapport du Comité à la Chambre.

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Il est convenu, — Que la présidente soit autorisée à apporter au texte du rapport les changements de forme jugés nécessaires, sans en altérer le fond.

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 108(1)a) du Règlement, le Comité autorise l'impression de courtes opinions dissidentes ou supplémentaires en annexe à ce rapport, immédiatement après la signature de la présidente, et que les opinions en question soient envoyées au greffier du Comité sous forme électronique, dans les deux langues officielles, le ou avant le lundi 9 juin 2003 à 15 h.

Il est convenu, — Que la présidente, ou son remplaçant, soit autorisé à présenter le rapport à la Chambre.

À 16 h 48, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

Le mercredi 11 juin 2003  
(Séance n° 42)

Le Comité permanent de la santé se réunit aujourd'hui à huis clos, à 15 h 23, dans la salle 308 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bonnie Brown, (présidente).

*Membres du Comité présents* : Bonnie Brown, Jeannot Castonguay, Brenda Chamberlain, Stan Dromisky, Raymonde Folco, L'hon. Hedy Fry, Betty Hinton, Réal Ménard, Svend Robinson, Carol Skelton et Yolande Thibeault.

*Membre substitut présent* : Robert Bertrand pour Hélène Scherrer.

*Aussi présentes : De la Bibliothèque du Parlement* : Nancy Miller, Chenier et Sonya Norris, attachées de recherche.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude sur les médicaments sur ordonnance.

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité entreprenne une étude sur les médicaments sur ordonnance sous les paramètres suivants :

# PROCÈS-VERBAUX

Le mercredi 4 juin 2003  
(Séance n° 39)

Le Comité permanent de la santé se réunit aujourd'hui à huis clos, à 15 h 48, dans la salle 269 de l'édifice de l'Ouest, sous la présidence de Bonnie Brown, (*présidente*).

*Membres du Comité présents* : Bonnie Brown, Jeannot Castonguay, Raymonde Folco, Betty Hinton, Hélène Scherrer, Carol Skelton et Yolande Thibeault.

*Membres substitués présents* : Dominic LeBlanc pour Brenda Chamberlain, Alan Tonks pour Stan Dromisky, Gérard Binet pour l'hon. Hedy Fry.

*Aussi présentes* : *De la Bibliothèque du Parlement* : Nancy Miller, Chenier et Sonya Norris, attachées de recherche.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude sur la santé dentaire des Premières Nations et Inuits.

Le Comité reprend l'étude d'une ébauche de rapport.

Il est convenu, — Que le Comité adopte la version anglaise modifiée de l'ébauche de rapport et que la version française soit refaite; et que la présidente désigne des membres du Comité pour approuver la traduction française révisée.

Il est convenu, — Que, conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité demande au gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Il est convenu, — Que la présidente soit autorisée à apporter au texte du rapport les changements de forme jugés nécessaires, sans en altérer le fond.

Il est convenu, — Que le Comité rencontre les membres d'une délégation du Royaume-Uni le 10 juin 2003 à 9 h.

Il est convenu, — Que le Comité rencontre les membres d'une délégation de l'Allemagne le 12 juin 2003 à 9 h 30.

Conformément à l'article 108(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude sur des questions concernant l'insuline synthétique.

Le Comité reprend l'étude de l'ébauche de rapport.





## DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT

Conformément à l'article 109 du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à ce rapport.

Un exemplaire des procès-verbaux pertinents (séances n<sup>os</sup> 32, 35, 39 et 42 incluant le présent rapport) est déposé.

Respectueusement soumis,

*La présidente*

Bonnie Brown, députée



- b) veille à ce que la politique relative au transport pour raison médicale facilite l'accès aux traitements dentaires;
- c) réduise les formalités administratives imposées aux fournisseurs de services tout en préservant la capacité de rendre compte.

## RECOMMANDATION 5 : CONSENTEMENT DES BÉNÉFICIAIRES

Le Comité recommande que Santé Canada :

- a) permette aux bénéficiaires d'opter pour un formulaire de consentement ponctuel pour chacune des catégories de prestations;

- b) restreigne et clarifie la permission d'utiliser l'information recueillie au moyen du formulaire de consentement et spécifie qui aura accès aux renseignements sur les bénéficiaires en indiquant clairement que personne d'autre ne pourra consulter cette information.

- c) aligne ses modalités sur celles des formulaires de consentement des régimes d'assurance-soins dentaires des autres Canadiens et s'assure que les bénéficiaires le savent;

- d) reporte la mise en place du nouveau formulaire de consentement au-delà du 1<sup>er</sup> septembre 2003;

- e) indique clairement aux bénéficiaires et aux fournisseurs que les personnes concernées demeurent admissibles au programme même si elles n'ont pas signé le formulaire de consentement global;

- f) investisse davantage dans la promotion du nouveau formulaire de consentement par le biais d'une meilleure communication avec les populations de bénéficiaires dans toutes les collectivités afin d'expliquer la raison d'être des formulaires de consentement et l'usage qui en sera fait;

- g) veille à ce que le formulaire de consentement soit fourni aux intéressés dans la langue ou le dialecte voulus.



### RECOMMANDATION 3 : UN MEILLEUR ACCÈS À DES SOINS DENTAIRES COMPLETS

Le Comité recommande que Santé Canada :

- a) programmes locaux de mise en valeur des réalisations et des bourses d'études en hygiène dentaire ou en dentisterie;
- e) bien faire savoir que les services préventifs (et conservateurs) nécessaires sont offerts à tous les adultes et tous les enfants;
- f) élaborer des modèles plus innovateurs et culturellement adaptés de prestation des soins préventifs (et conservateurs).

- a) établisse, pour chaque bénéficiaire autochtone de moins de 25 ans, abstraction faite du montant pré-établi relativement aux services dispensés sans autorisation préalable, un plan de prévention régulière comportant un certain nombre d'interventions courantes chaque année comme le nettoyage dentaire, l'application de résines de scellement, la fluoration, des séances d'instruction et d'éducation, etc.;

- b) porte à 1 000 \$ le plafond annuel des dépenses afférentes à des services dispensés sans autorisation préalable tout en continuant de contrôler l'opportunité des soins dispensés;
- c) confère une plus grande indépendance aux hygiénistes dentaires par exemple en leur permettant de facturer directement un montant prédéterminé de 200 \$ par bénéficiaire annuellement;

- d) adopte des normes et plafonds de fréquence des soins couverts analogues à ceux des régimes d'assurance-dentaire des autres Canadiens et informe ses bénéficiaires du fait que ces plafonds et normes s'appliquent à d'autres groupes qu'eux.

### RECOMMANDATION 4 : AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX FOURNISSEURS DE SOINS DENTAIRES

Le Comité recommande que Santé Canada :

- a) travaille en étroite collaboration avec les universités et collèges concernés pour accroître le nombre de dentistes et d'hygiénistes dentaires indiens et inuits par la voie de mesures appropriées, par exemple des bourses d'études spécialisées;

# LISTE DES RECOMMANDATIONS

## RECOMMANDATION 1 : UNE STRATÉGIE DE SANTÉ BUCCALE EFFICACE ET RESPONSABLE

Le Comité recommande que Santé Canada :

- a) adopte une nouvelle approche en matière de santé buccale fondée sur le principe du mieux-être qui donne la priorité à des stratégies de promotion et de prévention;

- b) se dote d'une stratégie de santé buccale assortie d'objectifs mesurables et faisant appel à des modes de prestation des soins innovateurs conçus pour améliorer la santé buccale et l'accès aux services;

- c) institue des mesures incitatives axées sur les résultats pour tous les participants — bénéficiaires et fournisseurs de services - en vue d'encourager les bénéficiaires à se prévaloir des mesures de prévention et d'améliorer les résultats de celles-ci;

- d) se donne les moyens de mieux contrôler les tendances en matière d'hygiène buccale afin de vérifier l'efficacité des affectations de ressources et de voir à ce que l'on rende compte de l'efficacité du régime.

## RECOMMANDATION 2 : COLLABORATION AVEC LES BÉNÉFICIAIRES AUTOCHTONES

Le Comité recommande que Santé Canada collabore avec les bénéficiaires autochtones pour :

- a) mieux faire comprendre l'importance de la santé buccale pour le bien-être de la personne;

- b) intégrer un volet de santé buccale aux programmes courants axés sur l'éducation et la promotion de la santé comme le Programme d'aide préscolaire aux Premières Nations dans les réserves et le Programme canadien de nutrition prénatale;

- c) aider les collectivités à contrôler les mesures de santé buccale et à faire rapport à leur sujet;

- d) lancer des mesures d'initiative locale fondées sur les résultats dans le domaine de la santé buccale préventive, comme des



- d) reporte la mise en place du nouveau formulaire de consentement au-delà du 1<sup>er</sup> septembre 2003;
- e) indique clairement aux bénéficiaires et aux fournisseurs que les personnes concernées demeurent admissibles au programme même si elles n'ont pas signé le formulaire de consentement global;
- f) investisse davantage dans la promotion du nouveau formulaire de consentement par le biais d'une meilleure communication avec les populations de bénéficiaires dans toutes les collectivités afin d'expliquer la raison d'être des formulaires de consentement et l'usage qui en sera fait;
- g) veille à ce que le formulaire de consentement soit fourni aux intéressés dans la langue ou le dialecte voulus.



Le Comité sait gré à Santé Canada de tenter d'améliorer le programme des SSNA tout en offrant des prestations justes et complètes aux Premières Nations et aux Inuits et en rendant compte à la population canadienne. Il est par ailleurs conscient de la nécessité de rationaliser l'administration et la prestation du programme et la reddition de comptes. Il admet enfin que la nouvelle formule de consentement unique des bénéficiaires du programme des SSNA semble à première vue présenter des avantages sur le plan de l'efficacité.

Le Comité accueille cependant d'une oreille sympathique les arguments invoqués par les bénéficiaires indiens et inuits et par les fournisseurs de soins. Il convient que la nouvelle formule de consentement n'a pas été introduite de la manière la plus efficace ou la plus pratique pour les intéressés. Des témoins ont signalé que si ce nouveau formulaire de consentement était intégré au système sur une période de seulement un an, bon nombre de bénéficiaires n'ayant pas recours au programme des SSNA au cours de cette période risquaient de ne pas en être informés. Ils estiment que, pour mieux tenir compte de la diversité culturelle des bénéficiaires, il aurait mieux valu introduire le nouveau formulaire de manière plus graduelle, mais plus activement et directement dans des collectivités spécifiques. Certains recommandent que l'on fasse appel directement à des employés du programme qui se rendraient dans les collectivités visées, accompagnés d'interprètes, pour expliquer le nouveau formulaire, préciser qui aura accès aux renseignements sur les bénéficiaires et qui ne pourra pas consulter cette information, et répondre aux questions des intéressés.

« Cette mesure, qui devait renforcer l'autonomie des personnes concernées par le consentement informé, a été mise en œuvre avec un tel manque de respect et de réflexion qu'elle a constitué une expérience honteuse et alarmante pour les Premières Nations. »  
 – Dr Mary Jane McCallum, APN

## RECOMMANDATION 5 : CONSENTEMENT DES BÉNÉFICIAIRES

Le Comité recommande que Santé Canada :

- permette aux bénéficiaires d'opter pour un formulaire de consentement ponctuel pour chacune des catégories de prestations;
- restreigne et clarifie la permission d'utiliser l'information recueillie au moyen du formulaire de consentement et spécifie qui aura accès aux renseignements sur les bénéficiaires en indiquant clairement que personne d'autre ne pourra consulter cette information.

- aligne ses modalités sur celles des formulaires de consentement des régimes d'assurance-soins dentaires des autres Canadiens et s'assure que les bénéficiaires le savent;

- b) veille à ce que la politique relative au transport pour raison médicale facilite l'accès aux traitements dentaires;

- c) réduit les formalités administratives imposées aux fournisseurs de services tout en préservant la capacité de rendre compte.

### C. Consentement des bénéficiaires

Lorsque le Comité a été saisi des préoccupations soulevées au sujet du régime de soins dentaires du programme des SSNA, il n'était pas au courant des problèmes associés aux formulaires de consentement que doivent remplir les bénéficiaires autochtones. Frappé par le nombre et l'intensité des témoignages sur cette question, le Comité a estimé nécessaire d'intégrer la question du consentement aux soins dentaires à son étude sur l'hygiène buccale des populations autochtones.

Le Comité a appris que le programme des SSNA avait maintenant élaboré un seul formulaire de consentement couvrant tous les services de santé non assurés, à savoir : les médicaments, le transport pour raison médicale, les soins dentaires, l'équipement médical et les fournitures médicales, les soins de la vue, les interventions en situation de crise et les primes versées en vertu de régimes provinciaux d'assurance-maladie. Santé Canada a expliqué que ce « consentement global » visait à réduire les formalités administratives et la bureaucratie et à diminuer l'utilisation abusive du programme. Le Ministère affirme que cette mesure respecte la vie privée des bénéficiaires et qu'il n'est pas question de refuser des prestations aux bénéficiaires qui ne veulent pas signer le nouveau formulaire de consentement. On a dit au Comité que les bénéficiaires avaient toujours le droit de présenter des demandes de remboursements ponctuelles au moyen du formulaire de demande de remboursement du bénéficiaire des SSNA.

D'autres témoins cependant trouvent qu'un tel « consentement global » couvrant toutes les catégories de prestations est inapproprié et inadapté aux particularités culturelles des bénéficiaires. Ils trouvent que le consentement est de portée trop vaste et donne l'impression aux bénéficiaires que d'autres ministères, organisations ou personnes auront accès sans restriction à leurs renseignements personnels. Ils ont rappelé en particulier un cas d'abus de confiance de la part de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits qui a donné lieu à des violations des règles relatives à l'accès aux renseignements personnels et à la protection de ceux-ci dans le contexte de la collecte, de l'usage et de la divulgation de renseignements médicaux personnels des membres des Premières Nations et des Inuits. Certains fournisseurs de soins ont aussi dit au Comité que ce type de consentement contrevenait peut-être même à certaines lois provinciales sur la protection des renseignements personnels.

« Dans le passé, nous avons toujours fonctionné sur la base du consentement implicite des bénéficiaires, mais à la suite de conseils qui nous ont été donnés par le ministère de la Justice, nous avons commencé à réfléchir à un moyen d'obtenir le consentement (écrit) des bénéficiaires. »

— Leslie MacLean,  
Santé Canada



Le Comité tient particulièrement à supprimer les obstacles qui gênent actuellement l'amélioration de l'hygiène buccale et l'accès aux soins dentaires. S'il appuie les efforts déployés pour former des thérapeutes dentaires dans les collectivités des Premières Nations et les collectivités inuites, il voudrait que les Indiens et les Inuits puissent aussi avoir accès aux études de dentisterie. Il voudrait également avoir l'assurance que Santé Canada interviendra pour régler les problèmes administratifs et autres concernant le transport pour raison médicale.

### RECOMMANDATION 3 : UN MEILLEUR ACCÈS À DES SOINS DENTAIRES COMPLETS

Le Comité recommande que Santé Canada :

- a) établisse, pour chaque bénéficiaire autochtone de moins de 25 ans, abstraction faite du montant pré-établi relativement aux services dispensés sans autorisation préalable, un plan de prévention régulière comportant un certain nombre d'interventions courantes chaque année comme le nettoyage dentaire, l'application de résines de scellement, la fluoration, des séances d'instruction et d'éducation, etc.;

- b) porte à 1 000 \$ le plafond annuel des dépenses afférentes à des services dispensés sans autorisation préalable tout en continuant de contrôler l'opportunité des soins dispensés;

- c) confère une plus grande indépendance aux hygiénistes dentaires par exemple en leur permettant de facturer directement un montant prédéterminé de 200 \$ par bénéficiaire annuellement;

- d) adopte des normes et plafonds de fréquence des soins couverts analogues à ceux des régimes d'assurance-dentaire des autres Canadiens et informe ses bénéficiaires du fait que ces plafonds et normes s'appliquent à d'autres groupes qu'eux.

### RECOMMANDATION 4 : AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX FOURNISSEURS DE SOINS DENTAIRES

Le Comité recommande que Santé Canada :

- a) travaille en étroite collaboration avec les universités et collèges concernés pour accroître le nombre de dentistes et d'hygiénistes dentaires indiens et inuits par la voie de mesures appropriées, par exemple des bourses d'études spécialisées;

qui se prévalent de ces services. Près de la moitié des répondants avaient besoin de soins, en majorité des services de dentisterie conservatrice comme des obturations et des couronnes, des soins d'entretien comme des examens et des nettoyages et des prothèses comme des dentiers.

Selon les témoins, plusieurs raisons expliquent l'accès limité aux soins dentaires. Par exemple, bien des bénéficiaires vivent en région éloignée où il n'y a aucun dentiste sur place. De nombreuses villes nordiques ont de la difficulté à attirer et à retenir de nouveaux dentistes. On manque aussi d'hygiénistes dentaires, ce qui prive certains bénéficiaires de services de prévention et de traitement. Le programme des SSNA ne permet pas l'inscription des hygiénistes dentaires sur la liste des dispensateurs de soins disposant d'un numéro de facturation, même dans les provinces où ces derniers peuvent pratiquer de manière autonome. D'autres témoins ont indiqué que la politique actuelle de transport pour raison médicale pouvait, dans certaines régions, être la cause d'une diminution de l'accès aux traitements dentaires.

Du côté des fournisseurs de services, des témoins ont dit que certains dentistes choisissaient de ne pas participer au programme des SSNA en raison de la lourdeur des formalités administratives concernant les prédéterminations et les révisions mineures des plans de traitement. Ils ont souligné la lenteur du processus d'approbation quand les radiographies des bénéficiaires sont envoyées à Ottawa par la poste. Ils voudraient qu'on leur transmette les approbations préalables et les autres informations pertinentes par voie électronique. Les dentistes ont fait valoir que les exigences supplémentaires ainsi que les différences par rapport aux régimes réguliers exigent l'emploi de personnel spécialement formé pour s'occuper du surcroît de formalités administratives. Ils s'inquiètent aussi du risque financier qu'ils assument du fait que Santé Canada peut toujours refuser de payer après qu'une intervention a été pratiquée.

Le Comité sait que Santé Canada a récemment porté à 800 \$ le plafond annuel des frais dentaires admissibles sans autorisation préalable. Il pense cependant que cette somme risque d'être insuffisante pour couvrir les services nécessaires de prévention et de restauration. Il remarque aussi que les fournisseurs et les bénéficiaires ne semblent pas savoir que les dentistes sont couverts pour des soins dispensés sans approbation préalable s'il s'agit de soins considérés comme essentiels. Le Comité croit par ailleurs dans la valeur des services préventifs dispensés par les hygiénistes dentaires et voudrait que le régime dentaire du programme des SSNA leur fasse une plus grande place.

« Les villes du Grand Nord ont du mal à attirer de nouveaux dentistes et certains dentistes choisissent de ne pas participer au programme des SSNA en raison de la lourdeur des formalités administratives. »  
— Susan Ziebarth, ACHD

« La santé buccale est essentielle pour les gestes de la vie quotidienne comme manger, communiquer et socialiser, mais elle est importante aussi pour l'estime de soi. »  
— Larry Gordon, ITK

- c) institue des mesures incitatives axées sur les résultats pour tous les participants — bénéficiaires et fournisseurs de services - en vue d'encourager les bénéficiaires à se prévaloir des mesures de prévention et d'améliorer les résultats de celles-ci;
- d) se donne les moyens de mieux contrôler les tendances en matière d'hygiène buccale afin de vérifier l'efficacité des affectations de ressources et de voir à ce que l'on rende compte de l'efficacité du régime.

## RECOMMANDATION 2 : COLLABORATION AVEC LES BÉNÉFICIAIRES AUTOCHTONES

Le Comité recommande que Santé Canada collabore avec les bénéficiaires autochtones pour :

- a) mieux faire comprendre l'importance de la santé buccale pour le bien-être de la personne;
- b) intégrer un volet de santé buccale aux programmes courants axés sur l'éducation et la promotion de la santé comme le Programme d'aide préscolaire aux Premières Nations dans les réserves et le Programme canadien de nutrition prénatale;

- c) aider les collectivités à contrôler les mesures de santé buccale et à faire rapport à leur sujet;

- d) lancer des mesures d'initiative locale fondées sur les résultats dans le domaine de la santé buccale préventive, comme des programmes locaux de mise en valeur des réalisations et des bourses d'études en hygiène dentaire ou en dentisterie;

- e) bien faire savoir que les services préventifs (et conservateurs) nécessaires sont offerts à tous les adultes et tous les enfants;

- f) élaborer des modèles plus innovateurs et culturellement adaptés de prestation des soins préventifs (et conservateurs).

## B. Soins dentaires

Le Comité a appris que de 36 à 38 % seulement des bénéficiaires du programme des SSNA voient un dentiste une fois par an contre 75 % chez le reste des Canadiens. Les données indiquent par ailleurs que ce sont surtout les femmes et les jeunes adultes



l'origine de multiples maux : douleur, infections, difficulté à se concentrer à l'école, troubles du sommeil, problèmes de digestion, troubles du comportement et problèmes sociaux.

Le Comité a été informé des nombreux facteurs qui peuvent entraîner une mauvaise hygiène buccale et des caries dentaires. Les témoins ont fait ressortir le rôle des changements de régime alimentaire et réclamé que l'on fasse davantage la promotion des pratiques alimentaires traditionnelles et que l'on améliore l'accès aux produits d'alimentation dans les régions éloignées. Ils ont fait remarquer l'absence d'eau potable fluorée dans de nombreuses collectivités et le lien entre le tabagisme et la maladie parodontale. Enfin, les témoins ont fait valoir les problèmes d'accessibilité des services de prévention et de traitement en santé buccale qui vont du manque de fournisseurs de services aux préoccupations des bénéficiaires qui tiennent à des considérations d'ordre culturel.

Le Comité est au courant des efforts que déploie Santé Canada pour améliorer la santé dentaire des bénéficiaires. Il souscrit à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un programme global concerté de santé dentaire, mais pense qu'il vaudrait mieux rapidement changer d'orientation pour mettre l'accent moins sur les pathologies et les traitements et davantage sur le bien-être et la prévention.

Le Comité a pris bonne note de l'importance, souvent mentionnée, d'une bonne santé buccale. Il convient qu'on a besoin de définir clairement la norme de santé buccale souhaitable en formulant des objectifs et des cibles précis. Il souscrit à des programmes de santé buccale qui engendreront des résultats favorables mesurables. Il voudrait en particulier qu'on augmente le nombre des bénéficiaires indiens et inuits qui se prévalent des soins préventifs et que l'on réduise la carie chez les enfants. À cette fin, il pense que Santé Canada devrait établir une stratégie de santé buccale efficace et responsable en collaboration avec les bénéficiaires autochtones.

## **RECOMMANDATION 1 : UNE STRATÉGIE DE SANTÉ BUCCALE EFFICACE ET RESPONSABLE**

**Le Comité recommande que Santé Canada :**

a) adopte une nouvelle approche en matière de santé buccale fondée sur le principe du mieux-être qui donne la priorité à des stratégies de promotion et de prévention;

b) se dote d'une stratégie de santé buccale assortie d'objectifs mesurables et faisant appel à des modes de prestation des soins innovateurs conçus pour améliorer la santé buccale et l'accès aux services;

l'ensemble des frais dentaires assumés par le programme des SSNA en 2001-2002. Santé Canada fait aussi appel à des dentistes contractuels qui ont été à l'origine de 4,2 % des frais totaux<sup>4</sup>.

Santé Canada a fait remarquer que les hygiénistes dentaires fournissent des services aux bénéficiaires à partir de cabinets de dentistes, mais pas de manière indépendante. Le Ministère emploie aussi des thérapeutes dentaires inuits et indiens qui reçoivent une formation de deux ans à la National School of Dental Therapy de Prince Albert (Saskatchewan). Une fois leur formation terminée, ces thérapeutes dentaires retournent généralement vivre et travailler dans leur collectivité.

Les données sur les dépenses de 2001-2002 révèlent que ce sont les examens de rappel qui ont été les plus fréquents et que les couronnes de porcelaine/céramique-métal ont été le soin le plus coûteux. Les taux d'utilisation montrent que 36 % des bénéficiaires admissibles ont reçu au moins un soin dentaire. On comptait parmi eux 55 % de femmes et 45 % d'hommes. L'âge moyen des bénéficiaires de soins dentaires s'établissait à 27 ans.

## ENJEUX

### A. Promotion et prévention

On a signalé au Comité que les Autochtones affichent des taux de caries dentaires de deux à cinq fois plus élevés que ceux que l'on observe dans la population non autochtone, et ce, en dépit du fait qu'il est en général tout à fait possible de prévenir la plupart des maladies dentaires et buccales. La situation est particulièrement préoccupante dans le cas des jeunes. En effet, il semblerait que les enfants autochtones de douze ans ont en moyenne de sept à neuf dents manquantes, obturées ou cariées contre une chez les enfants non autochtones du même âge. Le problème commence souvent dès la petite enfance : on estime à 72 % la proportion des enfants autochtones de deux à cinq ans qui présentent des caries dentaires. On s'inquiète aussi par ailleurs des liens établis entre les affections des gencives et les maladies cardiovasculaires et la naissance de bébés de faible poids et de bébés prématurés.

Les témoins ont fait ressortir l'importance d'une bonne hygiène buccale pour l'estime de soi et pour accomplir les gestes de la vie quotidienne comme manger, communiquer et socialiser. Ils ont noté que la piètre hygiène dentaire des enfants indiens et inuits entraînait ultérieurement des coûts élevés en déplacements et en traitements médicaux nécessitant des interventions chirurgicales sous anesthésie générale. Non traitées, les maladies buccales peuvent être à

« Les enfants autochtones de 6 à 12 ans présentent deux à cinq fois plus de caries dentaires que les enfants non autochtones. »  
— Wendell Nicholas, APN



besoins, a été généralisée à la fin de 1997. Combinée aux modifications apportées à la liste des prestations couvertes, elle a permis de réduire les frais dentaires et les coûts du régime<sup>3</sup>.

### C. Conditions actuelles du régime de soins dentaires

Santé Canada a indiqué que le Ministère évalue maintenant les besoins individuels des bénéficiaires en appliquant un processus de prédétermination où le praticien en soins dentaires établit au préalable un plan de traitement du bénéficiaire et le soumet au régime pour approbation. Le Ministère affirme que cette démarche axée sur les besoins permet de s'assurer que les bénéficiaires reçoivent les services dentaires dont ils ont besoin. Le régime de soins dentaires comporte aussi une grille de services assortie de limites quant à la fréquence de certains services.

Dans le régime de soins dentaires du programme des SSNA, les bénéficiaires ne paient pas le fournisseur des services directement pour ensuite se faire rembourser. C'est le fournisseur de services qui envoie sa facture au régime pour se faire payer. Santé Canada prévoit adopter un système de transfert électronique des demandes de paiement. Ce système sera opérationnel en Alberta au printemps de 2003, et les autres provinces et territoires auront accès eux aussi au système peu de temps après.

Depuis octobre 2002, chaque bénéficiaire enregistré a droit à des soins dentaires sans autorisation préalable jusqu'à concurrence d'un plafond de 800 \$ par période de 12 mois. Le plafond était de 600 \$ auparavant. Santé Canada a précisé que chaque bénéficiaire reçoit en moyenne pour 420 \$ de services par année.

Pour se faire payer des soins dépassant le plafond de 800 \$, le dentiste doit fournir des pièces à l'appui. Si certaines interventions d'urgence au-delà de ce montant n'exigent pas de prédétermination, les administrateurs du régime comptent sur une prédétermination pour certains services comme les traitements de canal, les couronnes et les dentiers. Il reste cependant possible de faire approuver après coup certains services de base et services d'urgence quand l'intervention est considérée comme nécessaire et de les faire payer par le programme des SSNA.

### D. Fournisseurs et soins

D'après des informations fournies par Santé Canada, les services offerts en vertu du régime de soins dentaires du programme des SSNA sont dispensés en majeure partie par des cabinets privés. Les frais dentaires facturés à l'acte ont compté pour 84,9 % de

« Le taux de prédétermination devrait être haussé à 1 000 \$, comme la majorité des programmes standards qu'on retrouve sur le marché. »  
— Dr Louis Dubé, ADC

<sup>3</sup> Vérificateur général du Canada, *Chapitre 15 — Santé Canada — La santé des Premières Nations: suivi*, Ottawa : 2000, paragraphes 15.90 et 15.91.

En 2002-2003, le régime dentaire du programme des SSNA a payé des services dentaires à quelque 365 000 bénéficiaires, Indiens des Premières Nations et Inuits, ce qui a représenté des dépenses d'environ 130 millions de dollars, soit une progression de 5 % par rapport à l'année précédente. Les dépenses au titre des soins dentaires ont représenté le cinquième environ du coût total du programme des SSNA.

## B. Préoccupations formulées précédemment au sujet du régime de soins dentaires

Sans fournir de détails, les porte-parole de Santé Canada ont fait plusieurs fois allusion au fait que ce n'est pas la première fois qu'on réclame que le régime fasse l'objet d'une vérification et que l'on rende mieux compte des dépenses de fonds publics affectées à ce régime. Le Comité a conclu qu'il s'agit en fait de diverses réserves formulées dans des rapports du Bureau du vérificateur général du Canada. Le vérificateur général a en effet recommandé, en 1993, en 1997 et en 2000, que l'on améliore la gestion et la prestation des services du programme des Services de santé non assurés.

Les rapports contiennent les observations suivantes au sujet spécifiquement du régime de soins dentaires :

- 1993 — Le système de traitement des demandes de paiement et les procédures ministérielles sont insuffisants et ne permettent pas d'assurer le contrôle et la surveillance du règlement de certaines demandes de paiement<sup>1</sup>.
- 1997 — Les praticiens en soins dentaires ont tendance à fournir des services selon les fréquences et les limites établies plutôt que selon les besoins, ce qui donne lieu à la prestation de services superflus à certains bénéficiaires. Des vérifications et un système de prédétermination des services dentaires pourraient permettre de réaliser des économies tout en répondant aux besoins et en garantissant que chacun bénéficie des services dentaires requis<sup>2</sup>.
- 2000 — Les préoccupations quant à la prestation de services dentaires superflus ont amené l'adoption d'une procédure de prédétermination : au-delà d'un seuil prescrit, les services dentaires doivent faire l'objet d'un plan de traitement approuvé au préalable. Cette mesure, qui s'inscrit dans une démarche fondée sur les

<sup>1</sup> Vérificateur général du Canada, *Chapitre 19 — Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Services de santé non assurés*, Ottawa : 1993, paragraphes 19.29 à 19.33.

<sup>2</sup> Vérificateur général du Canada, *Chapitre 13 — Santé Canada — La santé des Premières Nations*, Ottawa : 1997, paragraphes 13.124 à 13.140.

# LA SANTÉ DENTAIRE DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

## OBJET DE L'ÉTUDE

Lorsque le Comité permanent de la santé a été saisi des préoccupations relatives aux soins dentaires dispensés par l'intermédiaire du programme des Services de santé non assurés (SSNA), il a décidé de procéder à une courte étude de la question. Il s'agissait initialement de vérifier l'accès des bénéficiaires, Indiens des Premières Nations et Inuits, aux services de dentisterie préventive et de dentisterie conservatrice, mais durant les audiences, le Comité a aussi été saisi de problèmes connexes entourant la question du consentement des bénéficiaires.

Pour tenter de mieux comprendre les diverses questions en cause, le Comité a consacré une réunion à l'audition de porte-parole de Santé Canada et d'organisations représentant les personnes concernées : l'Assemblée des Premières Nations (APN), l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), l'Association dentaire canadienne (ADC) et l'Association canadienne des hygiénistes dentaires (ACHD).

## LE PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS

### A. Aperçu du régime de soins dentaires

Santé Canada a informé le Comité que le Ministère offre certains services dentaires à environ 720 000 Indiens inscrits, Inuits et Innus (bénéficiaires) par la voie du programme des Services de santé non assurés (SSNA). Les services offerts, selon les besoins de chacun, comprennent les suivants :

- Services diagnostiques (examens dentaires et radiographies)
- Dentisterie préventive (nettoyage)
- Dentisterie conservatrice (obturations)
- Dentisterie endodontique (traitement de canal)
- Dentisterie périodontique (traitement des gencives)
- Prothèses dentaires (dentiers et ponts)
- Chirurgie buccale (extraction de dents)
- Orthodontie (redressement des dents)
- Services auxiliaires (sédation)

« Compte tenu de la diversité des fournisseurs de services et des services couverts, il existe certes des possibilités d'amélioration du programme. »  
— Peter Cooney, Santé Canada





# TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS DE LA PRÉSIDENTE.....	vii
OBJET DE L'ÉTUDE.....	1
LE PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ NON ASSURÉS .....	1
A. Aperçu du régime de soins dentaires .....	1
B. Préoccupations formulées précédemment au sujet du régime de soins dentaires.....	2
C. Conditions actuelles du régime de soins dentaires.....	3
D. Fournisseurs et soins.....	3
ENJEUX.....	4
A. Promotion et prévention.....	4
B. Soins dentaires.....	6
C. Consentement des bénéficiaires .....	9
LISTE DES RECOMMANDATIONS.....	13
DEMANDE DE RÉPONSE DU GOUVERNEMENT .....	17
PROCÈS-VERBAL.....	19



Le Comité permanent de la santé est préoccupé par la santé dentaire des membres des Premières Nations et des Inuits du Canada. En effet, si, dans l'ensemble, la santé dentaire des Canadiens s'est grandement améliorée depuis une trentaine d'années, ce n'est malheureusement pas le cas pour les populations autochtones. Les conditions socio-économiques et l'éloignement des collectivités indiennes et inuites font bien souvent que ces populations ne peuvent pas facilement recevoir les mesures préventives et les soins dentaires voulus en temps opportun. Par ailleurs, les bénéficiaires sont manifestement inquiets au sujet des utilisations potentielles du formulaire de consentement global que Santé Canada entend mettre en œuvre dès septembre 2003.

Le Comité veut s'assurer que ces Canadiens bénéficient de la même qualité de soins que le reste de la population. Il faut pour cela mettre davantage l'accent sur les soins préventifs et y consacrer des fonds suffisants pour réduire les conséquences fâcheuses de la mauvaise santé dentaire dans les collectivités concernées. Le Comité est d'accord avec les témoins qui demandent que l'on relève le plafond monétaire applicable aux soins dentaires dispensés sans autorisation préalable. Il prône aussi une meilleure coordination des efforts déployés par le ministère de la Santé et par les praticiens en soins dentaires et une intensification des activités d'éducation par et pour les membres des collectivités visées afin d'améliorer la santé dentaire générale des Premières Nations et des Inuits. Enfin, le Comité estime que le ministère de la Santé doit continuer d'offrir aux bénéficiaires la possibilité de remplir des formulaires ponctuels de consentement aux soins dentaires jusqu'à ce qu'il ait gagné leur confiance relativement à l'utilisation faite des formulaires de consentement global.

Au nom des membres du Comité, je tiens à remercier les témoins qui nous ont généreusement donné de leur temps et fait profiter de leurs connaissances et de leur expérience. Nous sommes redevables aux attachés de recherche de la Bibliothèque du Parlement, Nancy Miller Chenier et Sonya Norris, et au greffier du Comité, José Cadorette, pour leur aide professionnelle. En outre, nous sommes reconnaissants aux rédacteurs, aux interprètes, aux pupitres et aux autres personnes dont le travail et l'esprit d'équipe ont permis la réalisation du présent rapport.

Je voudrais aussi remercier chacun des membres du Comité, qui se sont investis dans cette étude avec intérêt.





# LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

a l'honneur de présenter son

## CINQUIÈME RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 108(2) du Règlement, votre comité a mené une étude dentaire des Premières nations et Inuits et présente ses conclusions et recommandations.



# COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

## PRÉSIDENTE

Bonnie Brown

## VICE-PRÉSIDENTS

Stan Dromisky

Réal Ménard

## MEMBRES

Carolyn Bennett

Rob Merrifield

Diane Bourgeois

Svend Robinson

Jeannot Castonguay

Hélène Scherrer

Brenda Chamberlain

Carol Skelton

Raymonde Folco

Yolande Thibeault

L'hon. Hedy Fry

Greg Thompson

Betty Hinton

## GREFFIER DU COMITÉ

José Cadorette

DE LA DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE DE LA  
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Nancy Miller Chenier  
Sonya Norris



Juin 2003

Bonnie Brown, députée  
Présidente

**RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ**

**LA SANTÉ DENTAIRE DES PREMIÈRES NATIONS  
ET DES INUITS**



Le Président de la Chambre des communes accorde, par la présente, l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ce document à des fins éducatives et à des fins d'étude privée, de recherche, de critique, de compte rendu ou en vue d'en préparer un résumé de journal. Toute reproduction de ce document à des fins commerciales ou autres nécessite l'obtention au préalable d'une autorisation écrite du Président.

Si ce document renferme des extraits ou le texte intégral de mémoires présentés au Comité, on doit également obtenir de leurs auteurs l'autorisation de reproduire la totalité ou une partie de ces mémoires.

Les transcriptions des réunions publiques du Comité sont disponibles par Internet : <http://www.parl.gc.ca>

En vente : Communication Canada — Edition, Ottawa, Canada K1A 0S9



Juin 2003

Bonnie Brown, députée  
Présidente

## RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

# LA SANTÉ DENTAIRE DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

CHAMBRE DES COMMUNES  
CANADA

